

616-002.3-02:616.314

NĚKTERÉ PRAKTICKÉ POZNÁMKY K ODONTOGENNÍM ABSCESŮM

Kpt. MUDr. Luboš JIRGL

stomatologické oddělení vojenské nemocnice v Českých Budějovicích
(náčelník: pplk. MUDr. Jan Kováč)

Hnisavé akutní zánětlivé afekce odontogenního původu bývají častou záležitostí ve stomatologické praxi a jejich ošetřování patří k rutinně prováděným zákrokům každého stomatologa. Mohou mít původ v obtížné dentici dolního třetího moláru, v parodontálních chobotech nebo ve zhnisaných cystách, infekce může být zanesena také injekční aplikací anestetika při nedodržení potřebných zásad. Nejčastější příčinou těchto stavů však bývá neošetřený zubní kaz a jeho následky. Přestože většina případů

je úspěšně ošetřena na úvarových ambulancích, přichází na naše oddělení stále dosti nemocných s neuspokojivým způsobem předchozího ošetření. To nás také vedlo k zamyšlení nad touto problematikou.

Obecně vzniká akutní hnisavý zánět hnisavou kolikvací postižené tkáně (2) a z jeho forem je v dentoalveolární oblasti forma abscedující nepoměrně častější než vzácná forma flegmonózní.

Nejčastěji se tedy setkáváme se subperiostál-

ním nebo submukózním abscesem, lokalizovaným v ústní předsíni, méně často na patře nebo v dolní čelisti lingválně. Tyto abscesy bývají provázeny kolaterálním edémem, nezřídka dosti rozsáhlým, regionální lymfatické uzliny bývají zduřelé, palpačně bolestivé, při lokalizaci zánětu v oblasti 2. a 3. moláru v dolní čelisti bývá omezena abdukce mandibuly. Celkový stav nemusí být alterován, někdy však dochází ke zvýšení teploty, většinou v subfebrilních hodnotách. Změny v krevním obraze při těchto afekcích nebývají, nemusí být zvýšena ani sedimentace erytrocytů. Nejsignifikantnější diagnostickou známkou vedle anamnestických údajů bývá palpační nálezní fluktuace hnisu na sliznici. Vyšetření je vždy vhodné doplnit rtg snímkem, neboť ve většině případů jde o akutní vzplanutí chronického periapikálního zánětu s průkazným rtg nálezem, což mnohdy napomůže při určování příčiny zánětu. Mimoto nás rtg vyšetření informuje o místních anatomických poměrech.

V terapii musí být naší prvořadou snahou vypustit hnis a zajistit odtok exsudátu s následným odstraněním příčiny zánětlivého procesu. Toho dosáhneme řádně provedenou incizí, která má být dostatečná a má protnout i periost (3), není možné spokojit se s bodovou incizí. Odtok exsudátu zajistíme drénem. Nám se v praxi více osvědčil drén rukavicový než mulový. U periapikálních zánětů je nutno též trepanovat příčinný zub, eventuálně exstirpovat gangrenózní hmoty z kořenového kanálku radixu s trepanací apexu. Po takto řádně provedeném ošetření většinou akutní zánět rychle ustoupí, avšak konečná fáze léčby spočívá až v odstranění vyvolávající příčiny. Jinak se zánětlivý proces převede do chronické, klinicky němé formy a může opět kdykoliv akutně vzplanout. Znamená to tedy extrahovat příčinný zub, eventuálně podaří-li se nám dokonale zprůchodnit kořenové kanálky, doplnit konzervační ošetření amputací kořenového hrotu nebo se pokusit o zvládnutí chronického zánětu konzervačním způsobem pomocí 0,5% roztoku kyseliny peroctové (Jirgl — v tisku). S ohledem na anatomické poměry přichází v praxi zachování příčinného zubu v úvahu hlavně ve frontálním úseku. U perikoronárních infekcí dolních třetích molárů je po zklidnění stavu discizí namísto dekapsulace, při nepříznivé prognóze tohoto výkonu pak neváháme s extrakcí osmičky a přitom dbáme na dokonalé odstranění perikoronárního vaku.

Vhodným doplněním chirurgické léčby je léčba antibiotická. Ta však pouze doplňuje léčbu chirurgickou a nelze ji zvládnout stavy s retencí hnisu, který je třeba vypustit chirurgickým zákrokem. Podobně je nutno odstranit příčinu zánětu, jejíž akutní projevy mohou ATB pouze utlumit.

Mnohé, dobře ohraničené zánětlivé afekce lze snadno zvládnout bez použití ATB, na druhé straně však značná část hospitalizovaných

těžkých odontogenních zánětů má v anamnéze nekomplikovaný chirurgický výkon při stávajícím zánětu, který nebyl zajištěn ATB. Indikovaná je ATB léčba při větším rozsahu zánětu (regionální lymfadenitida, trismus, ev. celkové příznaky), při lokalizaci u dolních osmiček, u pacientů stížených jiným chronickým onemocněním, při kombinaci odontogenního zánětu se současnou chřipkovou infekcí, katarom horních cest dýchacích nebo zánětem tonzil. Samozřejmě indikací je zánět s prudkým expanzivním průběhem nebo u stavů s obtížným průběhem extrakce (Antalovská).

Vzhledem k rostoucímu množství rezistentních mikrobiálních kmenů je vhodné podávat ATB po bakteriologickém kultivačním vyšetření a zjištění citlivosti. V posledním roce jsme na našem oddělení podchytili 93 pozitivní odběry, z toho v 74 případech šlo o prudkou abscedující periostitidu z periapikální infekce, v 11 případech o perikoronitidu při obtížném proezávání dolního 3. moláru, v 7 případech o abscesy kolemčelistních prostorů a v 1 případě šlo o submentální absces při otevřené zlomenině dolní čelisti. Kultivačně jsme nejčastěji nacházeli streptococcus viridans se staphylococcus epidermidis nebo s neisseriemi, dále samotné viridující streptokoky, řidším nálezem byl streptococcus viridans se streptococcus haemolyticus, staphylococcus pyogenes, streptococcus haemolyticus a ojediněle pak s viridujícím streptokokem a s neisseriemi pneumokok. Kultivace anaerobů nebyla prováděna. Z uvedených odběrů pak 47,3 % kmenů nebylo citlivých na PNC, 24,7 % kmenů bylo necitlivých na STM, na TTC bylo necitlivých 16,1 % kmenů a na chloramfenikol bylo necitlivých 2,1 % kmenů. 15 % vykultivovaných kmenů bylo necitlivých na PNC i na STM.

Z toho vyplývá, že při překotném rozvoji zánětlivého procesu nelze spoléhat na antibiotika nepodaná cíleně, obzvláště pak na PNC, kde je největší počet rezistentních kmenů a je třeba mít neustále na mysli možnost šíření zánětu do kolemčelistních prostorů. Na ošetřovných útvarů je vhodné při těžším průběhu zánětu nemocného hospitalizovat na lůžkové části ošetřovny a sledovat sedimentaci erytrocytů. Základním antibiotikem zůstává stále penicilin, který však doporučujeme podávat intramuskulárně v dávkách 1 200 000 j po 12 hodinách, lépe TTC či chloramfenikol 2 g denně. Neustupuje-li zánětlivý proces, zvláště je-li zvýšena sedimentace a u febrilních stavů, je nesprávné střídát různá antibiotika, ale je namístě odeslat pacienta do nemocnice, kde je pak možno zahájit cílenou ATB léčbu a nezřídka bývá nutno doplnit i chirurgický zákrok.

Nedostatky v terapii akutních odontogenních zánětů se nevyskytují jen na stomatologických útvarových ambulancích, ale chybují zde často i hlavní, resp. mladší lékaři, především v otázkách diagnostiky a s tím spojené efektivity ATB léčby. Proto by takovéto stavy, ošetřované

v nouzových podmínkách nestomatologem, měly být co nejdříve předány do péče stomatologa a také při nejasné etiologii různých edematózních stavů v maxilofaciální oblasti je indikována konzultace se stomatologem.

Souhrn

Autor uvádí praktické připomínky k léčbě odontogenních abscesů z hlediska útvary praxe. Všímá si terapie chirurgické i antibiotické. V otázce antibiotické terapie upozorňuje na zvyšující se počet rezistentních kmenů (před-

vším na PNC) a připomínku doplňuje orientačními výsledky vlastního pozorování. Předkládá pak některá doporučení pro terapeutickou praxi.

Literatura

1. Antalovská, Z.: Antibiotika ve stomatologii, Praha, SZN 1963.
2. Bednář, B., Vaněček, R.: Úvod do patologie, Praha, SZN 1964.
3. Petrovič, Š.: Voj. zdrav. Listy, 39, 1970, č. 2, s. 67 až 74.